

ANNÉE 1927

THÈSE

No 25

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

J. ^{lie} MATRAT

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Sceaux le 17 Mai 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorrhagies des Fibromateuses

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1927

ANNÉE 1927

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

J. MATRAT

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Sceaux le 17 Mai 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorrhagies des Fibromateuses

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1927

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÈGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	B'UDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHERT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	TANON.
Pathologie médicale	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Avec mes remerciements pour l'honneur
qu'il m'a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÉTIVET

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui a bien voulu me guider pour ce
travail.*

Témoignage de vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Une femme vient consulter pour des hémorrhagies utérines. A l'examen local, trouve-t-on un fibrome ou simplement un gros utérus fibromateux ? Sans tarder on ordonne des hémostatiques, on fait opérer sa malade ou, si l'on est « plus moderne » on recourt à la physiothérapie.

Mais doit-on faire disparaître à tout prix les hémorrhagies utérines ?

Deux types cliniques s'opposent :

Il s'agit dans le premier cas de femmes dont l'état général est mauvais, malades pâles, amaigries, hypotendues, que des hémorrhagies, en général peu abondantes, mais dangereuses par leur répétition, affaiblissent progressivement : il faut opérer ces femmes de leur fibrome, ou avoir recours aux agents physiques.

Mais d'autres femmes, et c'est d'elles seulement que nous nous occuperons ici, sont pléthoriques et gardent un état général satisfaisant malgré une ou deux graves hémorrhagies qui ne sont pas dues à la seule présence d'un fibrome. Prenez leur T. A. :

Ces malades sont des hypertendues ; ce fait doit amener le médecin, soucieux de faire un traitement étiologique, à

une thérapeutique bien moins engageante mais plus logique, à respecter les hémorrhagies utérines.

Nous étudierons dans un *premier* chapitre :

a) Le rôle de l'hypertension dans les hémorrhagies des fibromes utérins;

b) La fréquence de leur association;

c) Les relations entre hypertension et fibrome.

Dans un *deuxième* chapitre, nous verrons :

a) Les résultats des traitements supprimant les hémorrhagies utérines;

b) Le traitement qu'il semble logique d'instituer;

c) Nous citerons neuf observations de malades, dont les trois dernières sont dues à l'obligeance du Docteur Métivet.

CHAPITRE PREMIER

Les hémorrhagies utérines fournissent des indications sur les troubles généraux de l'organisme aussi bien que sur l'état anatomique de l'utérus.

Souvent : métrorrhagie égale avortement, rétention placentaire, métrite, fibrome ou cancer, mais quelquefois on ne trouve point de cause locale : il faut rechercher une cause générale (insuffisance hépatique, modification sanguine...).

Et d'autre fois, cause locale et cause générale coexistent. Il y a donc des hémorrhagies d'origine utérine : ce sont les hémorrhagies « anatomiques ». Il peut y avoir des hémorrhagies « physiologiques » uniquement conditionnées par les troubles de la circulation générale.

Enfin, on peut avoir des métrorrhagies « mixtes », dans lesquelles les lésions vasculaires locales rendent plus faciles les manifestations de troubles congestifs d'origine générale : c'est ce dernier groupe d'hémorrhagie que nous envisageons.

Le rôle de l'hypertension dans ces hémorrhagies « mixtes » a été nié par Cotte (*Lyon Médical*, 1921), qui se base sur ce fait qu'il n'a pas trouvé un plus grand nombre de fibromes à forme hémorrhagique chez les hypertendues que chez les femmes à tension artérielle normale.

Mais pourquoi l'hypertension qui est capable de rompre une éthmoïdale ou une sylvienne un peu scléreuse serait-elle insuffisante pour rompre les petits vaisseaux utérins qui sont souvent le siège, en cas de fibrome, de lésion d'artério-sclérose, et qui sont mal soutenus par les fibres musculaires inertes de la tumeur ?

Cornil a étudié l'anatomie pathologique de deux utérus enlevés pour métrorrhagies.

« L'épithélium est intact.

« Le parenchyme est épaissi et dur, des bandes de tissu fibreux sillonnent les éléments musculaires.

« Les vaisseaux ont une paroi épaisse, ils ne sont pas oblitérés. Le tissu conjonctif de l'adventice et le tissu conjonctif péri-vasculaire sont hypertrophiés et se confondent entre eux ».

Les vaisseaux nombreux, et à parois friables sont, pour cet auteur, seuls responsables des hémorrhagies.

Nous pensons qu'il ne faut pas se hâter de conclure qu'ils soient seuls coupables : il faut tenir compte des lésions muqueuses et musculaires.

Nombreux sont les utérus fibromateux qui ont été le siège de métrite et dont la muqueuse est altérée.

La fibre musculaire règle la circulation du sang dans l'utérus ; aux forces qui tendent à faire pénétrer le sang dans cet organe s'oppose le tonus musculaire, la contraction tétanique de l'utérus entraîne l'ischémie, l'inertie provoque la congestion. Les vaisseaux utérins n'ont pas, dans la circula-

tion, le rôle actif que leur attribue Cornil. Les hémorrhagies utérines ne se produiraient pas si les vaisseaux même dilatés et un peu scléreux étaient bien soutenus par le tissu musculaire.

Les hémorrhagies utérines des fibromes ont donc surtout une origine mécanique : la rupture des petits vaisseaux et des capillaires. On peut concevoir aussi une origine physiologique : il est possible que l'hypérémie ovarienne qui résulte de l'hypertension détermine une suractivité des éléments anatomiques de l'ovaire, alors le développement du follicule, sa rupture, et l'organisation du corps jaune sont considérablement accélérés : les règles qui apparaissent lors de la maturité du corps jaune se trouvent avancées : on a hémorrhagie par hyperovarie.

Presque tous les auteurs sont d'accord sur le rôle primordial de l'hypertension dans les hémorrhagies utérines, de même qu'ils sont actuellement d'accord sur la fréquence de l'association : hypertension, fibrome.

C'est en 1846, que s'ouvre la discussion sur les relations possibles entre les fibromyomes utérins et les maladies du cœur et sur la fréquence des deux lésions associées. Cette fréquence fut niée par Popoff, puis affirmée par Nélaton, puis Sébilleau (*Revue de Chirurgie*, 1887). Parmi leurs observations nous relevons deux cas qui nous intéressent ici : ce sont deux cas de pouls alternant chez des fibromateuses ; or, nous savons que le pouls alternant annonce la défaillance du cœur gauche dès hypertendues.

Par contre, Barrow (*American Journal Surgery*, 1912), dit ne pas avoir noté de modification de la tension artérielle chez les fibromateuses, mais il ne donne pas de statistique.

Taylor et Withe publient, en 1916, une statistique faite à l'Hôpital Roosevelt portant sur les années 1913-1914 et six mois de 1915.

Sur cent quarante-huit fibromateuses, trente-et-une seulement sont hypertendues, encore ont-elles quarante-trois ans comme moyenne d'âge.

Dans son traité des maladies du cœur de 1920, puis dans un article du *Paris Médical* de 1921 fait en collaboration avec Leconte, Vaquez attire l'attention sur la fréquence de l'hypertension chez les malades présentant des fibromes :

Sur trois cent huit hypertendues (ayant plus de 18 à la méthode de Riva-Rocci), ces auteurs notent trente-et-une fibromateuses, soit 10 % environ.

Dans son traité de Pathologie interne, Sergent signale la fréquence de l'hypertension chez les fibromateuses et la rapproche de celle des malades atteints d'hypertrophie prostatique (sans infection vésicale et sans rétention).

Paillard note sur vingt-cinq hypertendues neuf fibromateuses. Polak indique comme fréquence 25 %. Heitz, dans une communication faite à l'Académie de Médecine, en 1922, note sur deux cent huit hypertendues (ayant une tension supérieure à 16-10 par la méthode de Riva-Rocci), quarante-cinq fibromateuses, donc 21,6 %.

En 1924, le même auteur relève cinq cent deux nouvelles

observations de femmes hypertendues parmi lesquelles se trouvent cent neuf fibromateuses (21,17 %).

Le fait est donc bien établi : l'association fibrome-hypertension est fréquente. Elle n'est pas constante : d'après Cotte (*Lyon Médical*, 1921), sur vingt-cinq malades présentant un fibrome, dix-sept sont hypertendues (nous sommes loin du taux de 25 % indiqué par Taylor et Withe, en 1916), elles ont une tension supérieure à 13,5-8 au Gallavardin.

Faut-il voir plus qu'une coïncidence entre la présence d'un fibrome et celle d'une hypertension, il faudrait avec Cotte se demander si sur cent femmes de tension normale, il y a moins de fibromateuses que sur cent hypertendues. A cette objection, Heitz apporte une réponse décisive : *sur cent hypertendues, il y a 21,7 % de fibromateuses et sur cent femmes ayant une tension normale, il n'y a que 3,56 % de fibromateuses.*

Bien peu d'auteurs pensent que le fibrome résulte de l'hypertension : « l'utérus, écrit Finley, répond à la congestion passive par une hyperplasie conjonctive ».

Plus nombreuses sont les théories cherchant à expliquer l'élévation de la tension artérielle par la présence du fibrome : celui-ci serait comme une barrière placée sur la grande circulation ou bien le fibrome comprimerait les vaisseaux ou les uretères entravant la fonction rénale et amenant secondairement une élévation de la tension artérielle. Mais pourquoi l'hypertension n'est-elle pas constante chez les fibromateuses ? pourquoi n'est-elle pas en rapport direct avec le volume et la

nature de la tumeur ? pourquoi ne disparaît-elle pas par l'ablation du fibrome ?

Les mêmes objections seront faites aux auteurs dont parlent Benjolea et Velasco-Suarez (*Bulletin de la Sociedad de Obstetricia y Genecologia* de Buenos-Aires, año 1923), pour qui le fibrome secréterait une toxine hypertensive.

En Italie, Patta et Decio ont montré que l'injection d'extrait de myome utérin donne de l'hypotension. Nous pensons actuellement qu'il s'agit là d'un phénomène de choc colloïdo-clasique, celui-ci se traduisant toujours par de l'hypotension.

Pour d'autres auteurs le fibrome serait le point de départ d'excitations pouvant provoquer des phénomènes réflexes de la part du sympathique cardiaque aboutissant à de la vasoconstriction.

Pour Vaquez et Leconte le fibrome amène des perturbations dans le fonctionnement du tissu des corps de Marchand, organes du ligament large qui sont de « véritables réserves d'adrénaline ».

Ces théories, fort ingénieuses d'ailleurs, n'amènent pas une solution définitive de la question des rapports entre fibrome et hypertension parce que l'étiologie de ces deux affections demeure encore obscure.

Peut-être en comparant cliniquement les malades qui présentent isolément l'une ou l'autre de ces affections, arriverons-nous à plus de clarté.

Le fibrome, comme l'hypertension, est une affection de « l'automne de la vie ». D'après Segond, on en note :

1	de 20 à 24 ans
4	de 25 à 29 ans
13	de 35 à 39 ans
17	de 40 à 44 ans
12	de 45 à 49 ans
10	de 50 à 55 ans

Et d'après Cotte :

1	avant 30 ans
4	de 30 à 40 ans
16	de 41 à 50 ans
4	de 51 à 60 ans

Ces deux affections sont héréditaires : Sparocchi traite « de l'hérédité des fibro-myomes utérins ». De même, nous connaissons nombre d'hypertendues dont les ascendants ont succombé à une crise d'œdème aigu du poumon, à l'apoplexie, à une hémorrhagie cérébrale.

Chez les fibromateuses comme chez les hypertendues, nous notons le même terrain : arthritisme, obésité, goutte, auto-intoxication, sclérose vasculaire, « pléthore » comme on disait autrefois.

En voyant se confondre l'histoire clinique des hypertendues sans fibrome et celles des fibromateuses sans hypertension, nous pensons que lorsque les deux affections coexistent, elles ont une cause commune bien plus qu'elles ne dépendent l'une de l'autre.

Cette cause commune est-elle une infection, la syphilis, en particulier, si souvent incriminée dès qu'il s'agit d'hypertension ? D'après Heitz, elle est rare : sur quarante-cinq ma-

lades, il relève deux cas de syphilis certaine et trois cas de syphilis douteuse.

Est-ce la sclérose vasculaire ? ceci paraît très vraisemblable. Nous voyons assez bien la sclérose vasculaire amener l'hypertension et expliquer ce fait que plusieurs auteurs (Pillet, Klebs, Costes) ont noté, à savoir : que les proliférations cellulaires du fibrome ne se font pas en un point quelconque du tissu utérin, mais autour des vaisseaux.

Remarquons cependant que parfois une néphrite suffit à elle seule à expliquer l'hypertension.

Cotte en cite deux cas sur quinze et Heitz quinze sur quarante-cinq.

Le tableau clinique de nos malades est toujours le même : ce sont des pléthoriques, des femmes d'apparence vigoureuse, d'une corpulence plutôt exagérée, le visage ordinairement coloré, sillonné de petits vaisseaux, devient très rouge après les repas ; le ventre est proéminent, les membres inférieurs sillonnés de veinules qui dessinent de fins réseaux rougeâtres ; ce sont des femmes qui ont de l'hypothyroïdie. Leur faciès est lunaire, l'embonpoint dépasse la normale, la circulation est défectueuse, les extrémités froides, les mains rouges et violacées, les tissus sont flasques et mous ; ce manque de tonicité des tissus joint à l'état aqueux du sang explique, en partie, la tendance hémorrhagique de ces femmes.

Nous savons le rôle que jouent les troubles des glandes endocrines dans la genèse de l'obésité. La castration est suivie d'obésité. De plus, la sécrétion interne de l'ovaire

est hypotensive : l'ovaire contrebalance les glandes hypertensives comme les surrénales. La déficience de l'ovaire explique en partie et l'obésité de ces malades et leur hypertension. Mais nous avons vu que les hémorrhagies seraient plutôt le fait d'hyperovarie, peut-être y a-t-il, en réalité dysovarie ; l'ovaire est insuffisant dans son rôle hypotenseur et accélérateur des combustions et en état d'hyperfonctionnement lorsqu'il règle les hémorrhagies utérines. Nous savons les poussées d'hypertension et les hémorrhagies que présentent certaines femmes lors de la ménopause, à cette période « d'ataxie ovarienne ».

Nous savons aussi la fréquence de l'hypertension chez les femmes porteuses d'ovaires scléro-kystiques.

Une connaissance meilleure des dysfonctionnements glandulaires amènera peut-être une conception nette de l'étiologie de l'hypertension de ces femmes pléthoriques à gros utérus fibromateux.

CHAPITRE II

« Considérations pratiques sur les précautions à prendre dans le traitement de l'hémorrhagie utérine à raison des suites ordinaires de la suppression de cette hémorrhagie », tel est le titre d'un article de Buet, paru en 1831. A cette époque déjà, il y avait des praticiens actifs qui luttaient à tout prix contre les hémorrhagies utérines, « erreur grave, écrit Buet, car le médecin n'a supprimé que le symptôme, le mal et sa cause demeurent » et nous voyons cet auteur préconiser comme traitement des saignées au bras, au pied (douze en deux mois) et obtenir ainsi une diminution notable du volume de l'utérus et la disparition des métrorrhagies.

Par contre, une femme atteinte de métrorrhagies qu'un médecin s'était attaché à supprimer, voit son état s'aggraver : elle maigrit, devient pâle, faible, sa respiration est gênée, elle a quelques crachats sanglants ; malgré son état général, des saignées répétées et abondantes sont pratiquées ; loin d'affaiblir la malade, les forces reviennent, les règles se rétablissent et la malade guérit. La suppression des hémorrhagies amène des désordres graves des organes éloignés : accidents de néphrite, inflammation des organes cérébraux. On dirait que la nature a besoin de ces évacuations sanguines, et qu'on ne peut

en fermer la voie sans qu'aussitôt il ne s'opère une violente réaction sur quelque point de l'économie.

Buet cite le cas d'une femme qui souffrait de métrorrhagies depuis huit ans chez laquelle des médecins parviennent à supprimer les hémorrhagies. A la suite, surviennent des phénomènes de méningite et la malade succombe.

Une autre femme souffrait de métrorrhagies : l'usage de la tisane de ratanhia, le sirop de grande consoude, l'application de compresses froides sur l'hypogastre suppriment les métrorrhagies ; le quatrième jour de la suppression, la malade éprouve tout à coup de violentes douleurs lancinantes dans le crâne ; le soir : vomissements, céphalalgie continue et très aiguë, figure rouge, fièvre ; le lendemain : délire, conjonctives, injectées, pupilles rétrécies ; plusieurs saignées générales, l'application de nombreuses sangsues triomphent de cette grande phlegmasie ; il est évident, conclut l'auteur, que si, après la suppression de l'hémorrhagie on eut continué à faire quelques petites saignées, d'appliquer quelques sangsues aux cuisses, on aurait pu probablement prévenir les graves accidents qui en ont été la suite.

Barthez a dit que l'hémorrhagie peut-être salutaire chez les gouteuses pléthoriques.

La castration est presque toujours suivie d'une élévation de la tension artérielle. Ce fait a été vérifié expérimentalement (Livon, Champy et Gley) et noté en clinique (Vaquez et Lebreton).

Nous relevons les chiffres suivants (Cotte), sur douze

hypertendues ayant subi une hystérectomie, neuf voient leur tension s'élever de 2 à 3 cm de Hg; sur six femmes de la tension était normale, deux présentent après l'intervention de l'hypertension.

Les résultats sont identiques pour les castrations unilatérales (Polak).

Une malade de Heitz avait 23 de tension maxima avant l'intervention (1913), on l'opère en 1917; en 1923, elle a 28-15.

Dans un autre cas, une malade présente quelques mois après l'hystérectomie des hémorrhagies rétinienne et une tension à 30-15. D'autres fois, il a fallu lutter par des saignées contre des accidents cérébraux chez des hypertendues hystérectomisées. Trois cas d'ictus ont été rapportés.

La radiothérapie, le radium donnent aussi une élévation de la tension artérielle. Cette élévation de pression serait même plus forte que celle qui suit l'hystérectomie (Polak).

Cette parle d'une malade dont la tension artérielle a passé de 17,5 à 17-9,5 quelques mois après une application de radium.

Heitz rapporte l'observation d'une malade dont les hémorrhagies avaient été arrêtées à 51 ans par la radiothérapie chez laquelle se produisit, quatre ans plus tard, un ictus par hémorrhagie de la couche optique.

Aussi conseille-t-il « d'abandonner les procédés radicaux et de recourir aux dose faibles de Rayons X ou de radium et d'espacer les applications ».

On a dit que l'hypertension qui suit la suppression des hémorrhagies utérines est bénigne, susceptible de guérison et de régression (Vaquez).

Les quelques exemples précédents montrent que le pronostic n'est pas toujours particulièrement bénin.

Si l'organisme s'adapte au fonctionnement d'un régime circulatoire supérieur à la normale, s'il faut en convaincre la malade pour ne pas qu'elle exige coûte que coûte la disparition des quelques centimètres de pression qu'elle sait avoir en trop, elle reste exposée aux accidents d'hypertension lors d'un écart de régime, d'une fatigue, d'une élévation de température même et il ne faut pas, à notre avis, ôter à la malade cette soupape de sûreté que constitue à ce moment le fibrome.

Nous respecterons le fibrome et nous n'essaierons même pas de supprimer les hémorrhagies par les hémostatiques habituels. « Les métrorrhagies des scléreuses, des hypertendues n'aiment pas l'ergot », a dit Huchard.

Daniel, en 1866, rapporte l'observation d'une femme dont les métrorrhagies ont cessé par un régime « anti-obésique ».

Nous soumettrons les malades à un régime sévère, régime à prédominance fructo-végétarien; nous réduirons le plus possible le pain, la viande, les féculents, les sucres, nous diminuerons la quantité de boisson. Les malades éviteront la fatigue comme le repos : elles feront tous les jours une heure de marche. On leur conseillera le massage général, les frictions sèches au gant de crin ou les frictions à l'eau de Colo-

gne. Ainsi se trouvera favorisée l'élimination des toxines et déchets de l'organisme. On pourra recourir aux petites saignées mensuelles, pratiquées les jours qui précèdent la date présumée des règles. On pourra donner comme traitement de fond de l'hypertension de l'iodure de potassium à faible dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour) 20 jours par mois. Le crataegus, le gui pourront être ordonnés. On conseillera les bains carbo-gazeux de Royat.

On déconseillera les cures d'altitude. Lancerotte raconte qu'ayant observé des métrorrhagies chez des femmes habitant le sommet des Vosges, il en obtenait la guérison en les faisant descendre dans la vallée.

Il ne faudra pas attendre de ce traitement une baisse de la tension artérielle, mais une sécurité plus grande vis-à-vis des complications de l'hypertension.

On pourra faire un peu d'opothérapie ovarienne et thyroïdienne en raison du déséquilibre endocrinien de ces malades en donnant les extraits d'ovaire et de corps thyroïde à la dose de 0,01 à 0,05 seulement par jour ; il faudra se méfier des doses trop fortes qui amèneraient une recrudescence des hémorrhagies.

Les extraits de glande mammaire doivent être donnés à forte dose (0 gr. 75 à 1 gr. 50 par jour pendant dix et même quinze jours par mois plusieurs mois de suite). C'est là un remède efficace des hémorrhagies des fibromes agissant non pas pour supprimer les hémorrhagies, mais pour les régulariser ce qui les rend supportables aux malades.

Toute hémorrhagie grave sera traitée par le repos absolu au lit, l'hydrothérapie chaude, le régime lacté et l'extrait de glande mammaire (deux cachets de 0 gr. 75 par jour par exemple).

On prendra la tension artérielle de la malade et parfois on aura la surprise de voir une tension normale chez une malade en apparence, saignée à blanc.

Si l'hypertension est notablement plus élevée qu'elle ne l'était d'habitude chez cette malade, si, en d'autres termes, l'hémorrhagie n'est pas autre chose qu'une « épistaxis utérine », après avoir fait mettre la malade au repos absolu, on pratiquera une saignée abondante, on utilisera les hypotenseurs énergiques (trinitrine, nitrite d'amyle), on favorisera les éliminations rénales et intestinales par les tisanes diurétiques, la théobromine, la lactose, le nitrate de potasse, le sulfate de soude, l'eau-de-vie allemande.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme G..., 43 ans, vient pour hémorrhagie utérine, peu abondante datant de quinze jours. Réglée à treize ans, ses règles n'ont jamais été douloureuses, mais toujours très fréquentes (reviennent tous les trois semaines et même tous les quinze jours).

De plus, la malade se plaint de céphalées fréquentes, de sensation de brouillard devant les yeux.

A l'examen local on trouve un gros utérus dur, dont le fond remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse; il est mobile, non douloureux. On note d'autre part de l'œdème des membres inférieurs; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

T. A. : 20 comme maxima au Pachon. Dans les antécédents de cette malade nous ne trouvons qu'une crise de rhumatisme articulaire aigu à vingt ans.

Nous mettons la malade au régime. Les hémorrhagies cessent au bout d'un mois. Malgré notre avis, la malade se remet au régime normal.

OBSERVATION II

Mme B..., 50 ans, vient pour une hémorrhagie utérine qui a débuté au moment de ses règles, il y a cinq semaines, n'a pas cessé depuis et, ces derniers jours a obligé la malade à garder le lit.

A l'examen local, on trouve un gros utérus dur, régulier de forme, un col entr'ouvert. Le toucher provoque l'expulsion de gros caillots.

T. A. à 16-10 au Vaquez

La malade est mise au traitement (repos absolu, hydrothérapie chaude, extrait de glande mammaire).

Nous sommes étonnés de trouver chez cette malade une tension artérielle presque normale étant donné l'âge de cette malade. Peut-être faut-il penser qu'elle n'est pas la T. A. habituelle de la malade, mais une tension ramenée à la normale par les hémorrhagies abondantes qu'elle a eues.

OBSERVATION III

Mme R..., 49 ans, bien portante jusqu'à il y a deux ans. Depuis, ses règles deviennent plus abondantes, apparaissant tous les quinze jours depuis un an et s'accompagnant d'expulsion de gros caillots. Ces hémorrhagies sont très douloureuses.

De plus, la malade se plaint de céphalées, de sensation de froid aux extrémités des membres.

A l'examen local, on trouve un gros utérus fibromateux.

T. A. à 18-12 au Vaquez

Il s'agit d'une malade d'une forte corpulence (82 kil. 500),
au faciès congestionné.

Aucune maladie dans ses antécédents en dehors des mala-
dies d'enfance : rougeole, coqueluche. Ses parents étaient
comme dit la malade « très sanguins ».

Nous la mettons à un régime alimentaire sévère, nous lui
donnons un peu de corps thyroïde, de l'extrait de gui (deux
cuillers à café par jour, dix jours par mois). La malade est
revue trois mois après; son poids s'est ainsi modifié :

1 ^{er} juillet	82 kil. 500;
18 juillet	80 kil. 300;
29 août	79 kil. 100.

Elle a revu ses règles tous les quinze jours, mais moins
abondantes. Une hémorragie non douloureuse s'est produite
il y a trois semaines, elle a duré trois jours.

La T. A. est actuellement de 16,5-10 au Vaquez.

La malade qui juge son état très amélioré ne demande
qu'à continuer son régime, c'est ce que nous lui conseillons
en ajoutant à son traitement l'opothérapie mammaire sous
forme d'extrait de glande mammaire : 0 gr. 80 par jour en
deux cachets, dix jours par mois.

OBSERVATION IV

Mme D..., 35 ans, vient pour douleurs abdominales très
violentes et hémorragie utérine, datant depuis trois semaines.

A 22 ans : ovariectomie gauche.

A 25 ans : traitement pour salpingite double.

A l'examen local, nous trouvons actuellement un fibrome du volume d'une orange siégeant au niveau de la face antérieure de l'utérus.

T. A. à 13,5-9 au Vaquez

Cette tension nous permet de faire opérer cette malade; nous conseillons une myomectomie, mais à l'opération, qui est pratiquée en juillet 1927, l'état de l'ovaire droit et des trompes nécessite une hystérectomie totale.

Trois mois après l'opération, la malade est revue. Sa T. A. n'a pas varié.

Nous pensons qu'il y a intérêt à suivre sa tension artérielle comme celle de toutes les malades ayant présenté un fibrome pour prévenir, le cas échéant, les accidents de l'hypertension.

OBSERVATION V

Mme B..., vient consulter pour pertes de sang par le rectum. C'est une femme de 54 ans, de forte corpulence, au faciès coloré, grosse mangeuse.

Elle a été réglée à quinze ans, a toujours eu des règles très abondantes.

En janvier 1919, la malade présente d'abondantes métrorrhagies pour lesquelles elle consulte un chirurgien qui lui découvre un fibrome et pratique chez elle, en mars 1919, une hystérectomie subtotale. A la suite de cette intervention, la malade reste un an en parfait état, mais depuis 1920, cette

femme a présenté tous les six mois, puis tous les deux mois des pertes de sang par le rectum qui l'amènent à nous consulter.

Les examens médicaux et radiographiques ne montrent aucune lésion organique : il s'agit vraisemblablement d'hémorragies supplémentaires; nous mettons la malade au régime.

OBSERVATION VI

Mme L... est une malade qui a consulté, en 1911, à l'âge de 30 ans, pour mauvais état général. Lors d'un examen complet, on lui découvre un fibrome siégeant à la partie latérale droite de l'utérus. La malade est de corpulence normale; sa T. A. est normale, l'année suivante une grossesse évolue normalement chez la malade.

En 1915, apparaissent les premières métrorrhagies, leur abondance progressive amène la malade à consulter un chirurgien qui, en octobre 1919, pratique une hystérectomie. Pendant un an, la malade est en parfait état. Brusquement, en novembre 1920, la malade rejette lors d'une quinte de toux un demi verre de sang liquide, les hémoptysies se reproduisent le lendemain et les jours suivants à douze heures d'intervalle malgré un traitement antihémorragique intensif (glace, chlorure de calcium, ergotine, anthéma). Ces hémorrhagies sont de plus en plus abondantes et huit jours après leur début, la malade meurt.

OBSERVATION VII

Fibromateuse pléthorique et hypertendue. Hémorrhagies utérines abondantes. Guérison par le régime.

Mme Duc..., 53 ans. Réglée à quatorze ans régulièrement, mais plutôt abondamment. Une grossesse normale, il y a vingt-huit ans. Depuis vingt ans, souffre de troubles gastro-intestinaux et hépatiques améliorés par une cure à Vichy. Ménopause dans de bonnes conditions depuis vingt-huit mois. Depuis le début de 1921 (il y a seize mois), la malade présente de l'essoufflement et des sueurs assez abondantes. Elle mange abondamment, boit peu, urine bien et jamais la nuit.

Le 1^{er} avril 1922, elle présente une petite perte sanguine qui se reproduit quelques jours plus tard. Le médecin qui la soigne trouve un utérus gros, dur, pense à la possibilité de transformation maligne d'un utérus fibromateux et me l'adresse.

Le 15 avril, je vois la malade. L'utérus est gros (volume de deux poings), dur, le col est déchiré mais non induré; il n'y a pas de lésions annexielles. Je suis frappé par l'aspect floride de la malade; je trouve une tension de 20-11 au Vaquez. Comme les hémorrhagies ont cessé depuis quelques jours, je conseille d'attendre avant de faire aucun traitement.

Au début de mai, les sueurs qui avaient disparu depuis quelques semaines reparaissent; les hémorrhagies ne se sont pas reproduites.

Le 18 mai, à la suite d'excès alimentaire, la malade ressent des vertiges qui cessent à la suite d'une hémorrhagie très abondante pour laquelle on me demande d'aller voir la malade en Province. Le 21 mai, la malade est presque complètement remise de son hémorrhagie. Dans les premiers jours de juillet et dans des circonstances analogues une nouvelle hémorrhagie se produit moins abondante que la précédente.

Les caractères de ces deux hémorrhagies me confirment dans l'opinion qu'il s'agit « d'hémorrhagies providentielles » chez une fibromateuse pléthorique. Et je confie la malade au Docteur Martinet.

Celui-ci confirme le diagnostic de pléthore, trouve un foie gros, une tension à 20-12. Le 15 juillet, il soumet la malade à un régime alimentaire sévère.

Le 26 août, la malade a maigri de six livres et se trouve mieux, disparition des vertiges, aucune hémorrhagie nouvelle.

Le 14 janvier 1923, la malade a maigri de vingt livres. Elle suit un régime alimentaire moins sévère, mais un régime surtout fructo-végétarien avec peu de pain. Tous les mois on pratique une légère saignée à l'aide de six ou huit ventouses scarifiées. Aucune hémorrhagie utérine nouvelle. Tension : 17-9, foie normal. A ce moment, l'utérus paraît nettement diminué de volume et de consistance.

Depuis cette date, la malade n'a présenté aucune nouvelle perte sanguine. Son état général est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

Fibromateuse obèse et pléthorique. Ménorrhagies, amélioration temporaire par les extraits mammaires. Ménorrhagies graves. Guérison par un régime alimentaire. Reprise de l'hémorrhagie avec la cessation du régime.

Mme Luc..., m'est adressée, en mai 1923. C'est une femme de 41 ans, obèse, grosse mangeuse et surtout grosse mangeuse de pain. Elle a été réglée à treize ans, a eu trois grossesses normales. Ses règles toujours abondantes sont devenues plus abondantes encore depuis quelques mois. En dehors de ses règles, pas de pertes sanguines, quelques pertes blanches. A travers une paroi épaisse, je sens difficilement un utérus assez volumineux et paraissant dur. Un examen médical n'ayant montré l'existence d'aucune lésion organique importante, je conseille à la malade de restreindre son alimentation et de prendre quinze jours par mois : 80 centigrammes d'extraits de glande mammaire. Jusqu'en novembre 1925, je n'ai plus de nouvelles de cette malade. A ce moment, elle présente des hémorrhagies utérines extrêmement importantes pour lesquelles je suis consulté à nouveau. L'état local est sensiblement le même. La malade avoue qu'elle n'a suivi aucun régime alimentaire et n'a pas restreint son alimentation. Je conseille le repos au lit pendant quelques jours et ordonne un régime fructo-végétarien avec viande deux jours par semaine et suppression presque complète du pain.

En décembre, janvier, février et mars, les règles sont

normales. En avril, la malade présente à nouveau une hémorrhagie considérable dont l'importance effraie un médecin nouveau appelé à lui donner ses soins. Deux jours après cette hémorrhagie, la malade est presque complètement rétablie. Elle avoue alors que depuis plusieurs semaines devant l'amélioration de son état général et la régularisation des règles elle avait cessé tout régime alimentaire. Elle se rend compte de l'importance de ce régime et s'engage à le suivre. Depuis cette époque, je n'ai plus revu la malade, mais je sais que les hémorrhagies abondantes ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION IX

Hémorrhagies très abondantes chez une fibromateuse pléthorique. Traitement par les Rayons X. Diminution de l'hypertension, grâce au régime alimentaire et aux saignées. Nouvelle hémorrhagie et aggravation de l'hypertension par écart de régime.

Mme A..., 45 ans, a été réglée à quatorze ans. Elle a eu trois enfants qu'elle a nourri. Jeune fille, elle perdait peu, mais depuis sa première grossesse ses règles sont abondantes. Elle n'a eu tant du côté de l'appareil génital que des autres appareils aucun accident sérieux. Depuis quelques mois, les règles se font plus fréquentes et la malade ne reste que dix à douze jours sans perdre. Ses règles douloureuses le premier jour s'accompagnent de pertes de caillots.

Le 13 mars 1926, je trouve un utérus nettement fibromateux, sans rien de perceptible au niveau des annexes. Comme Mme A... est grosse, haute en couleur, d'aspect floride, je déconseille toute intervention; je prescris des cachets de glande mammaire et un régime alimentaire peu sévère.

En avril, les règles manquent; la malade, non enceinte, présente des vertiges, de la céphalée, des étourdissements. La cessation des cachets de glande mammaire et l'administration de cachets d'ovaire entraînent une réapparition rapide des règles et une disparition des accidents.

En janvier et février 1927, la malade présente outre ses règles de petites pertes sanguinolentes continues. Je la fais venir de Province pour pouvoir l'examiner; mais, comme je ne constate aucune modification du côté de l'utérus et que la tension au Vaquez est de 22-12, je lui conseille de consulter son médecin: celui-ci trouve 23-13 de tension. La malade est alors subitement atteinte d'une hémorragie utérine extrêmement abondante qui nécessite son transport d'urgence dans une clinique. On pratique deux applications de rayons X et le chirurgien qui la soigne conseille une hystérectomie. A ce moment la tension est tombée à 15-11.

Je vois à ce moment la malade et bien que l'hémorragie ait été extrêmement abondante, je lui trouve un état général bon. Je déconseille formellement une intervention. Cependant, on applique encore des rayons X pendant quatre séances. La malade retourne chez elle. Vers la fin de mars, la tension est remontée à 25-14. A ce moment, se produit une hémor-

rhagie formidable nécessitant la pose d'une pince de Museux sur le col après échec de tous les traitements médicaux. La malade met un mois à se remettre de cette hémorrhagie, puis revient à Paris. Un curettage explorateur fait le 25 avril ne montre rien d'anormal du côté de la muqueuse utérine.

D'avril à novembre, la malade n'a eu aucune perte de sang, mais toutes les trois semaines, on lui appliquait des sangsues. En même temps, elle suivait un régime alimentaire assez sévère. On a pu ainsi maintenir la tension au voisinage de 19-11.

Au début de novembre : réapparition des règles suivies d'un petit suintement sanguin. La malade n'avait pas été saignée depuis un mois et avait diminué la rigueur de son régime si bien qu'elle avait repris quatre des huit kilos qu'elle avait perdus. A ce moment, la tension est remontée à 23-14.

Je déconseille toujours une intervention chirurgicale ou une application de rayons et conseille de s'en tenir au traitement médical.

CONCLUSIONS

- I. — L'hypertension est plus fréquente chez les fibromateuses que chez les malades atteintes d'autres affections gynécologiques.
- II. — Il y a une certaine relation entre l'existence d'un fibrome et l'hypertension, non relation de cause à effet, mais cause commune.
- III. — L'hystérectomie, les Rayons X comme le radium aggravant l'hypertension constituent un danger pour la malade, quelles que soient les précautions prises à ce moment de l'intervention.
- IV. — Nous pensons plus logique de substituer à ces traitements, chez ces femmes pléthoriques, un traitement purement médical.

Vu le Doyen, Vu, le Président.

H. ROGER. BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BATUAUD J. — Les hémorrhagies dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1891).
2. BERTET. — Corps fibreux de l'utérus. Efficacité du traitement médical. (*Union médicale de la Gironde*, Bordeaux, 1868, XIII, 73-82).
3. BONNEROT (*). — (*Thèse de Paris*, 1918-1919).
4. BUET (*). — Considérations pratiques sur les précautions à prendre dans le traitement de l'hémorrhagie utérine, à raison des suites ordinaires de la suppression de cette hémorrhagie. (*J. compl. du dict. de sc. méd.*, Paris, 1831, XXXIX, 279-289).
5. CAMBERNÓN. — Fréquence des corps fibreux de l'utérus. (*Gaz. méd.*, Paris, 1844).
6. CASTANO. — Hémorrhagias uterinas tratamiento sintomatico y etiologico. *Prensa méd. Argentina*, 1915-1916).
7. CLAISSE (*). — (*Thèse de Paris*, 1900).
8. COFFIN. — Etude sur les complications des fibromyomes de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1889).

9. COTTE (*). — Hypertension et fibromes utérins. (*Lyon Méd.*, 1923, C XXX, ii, 117-119).
10. DALCHI. — *Gaz. Hôp.*, 1907-1912.
11. DANION. — Des hémorrhagies dues aux fibromes utérins Action de l'électricité sur ces hémorrhagies. (*Rev. obst. et gynéc.*, Paris, 1893, IX, 43-51).
12. DOURIAUX (*). — Hypertension et fibrome. (*Thèse de Lyon*, 1923).
13. DUPONT. — Essai sur les métrorrhagies dans les fibromes utérins. (*Thèse de Paris*, 1878).
14. DURIEUX (*). — (*Thèse de Paris*, 1920).
15. GABORIAU (*). — (*Thèse de Paris*, 1918-1919).
16. GALAND. — La sclérose utéro-ovarienne en dehors de la ménopause. (*Gaz. Méd.*, Paris, 1915).
17. GALLARD (*). — Métrorrhagies. (*J. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1884). (*Sem. Gyn.*, 1913).
18. GENTILHOMME. — Tumeur fibreuse de l'utérus, hémorrhagies répétées. Guérison. (*Revue Méd Fr. et Etr.*, Paris, 1868, ii 404-410).
19. GUENEAU DE MUSSY. — Traitement médical des corps fibreux de l'utérus. (*Bull. gén. de Thérap.*, Paris, 1867, IXX iii, 337-339).
20. HEITZ (*). — Hypertension et fibromes utérins. (*Bul. de l'Ac. Méd.*, Paris, 1922; *Art. Méd.*, 1924).
21. JEANNENEY. — Les hypertendus en chirurgie. (*Revue de Chirurgie*, 1923).

22. KœBERLÉ. — Evolution des tumeurs fibreuses de la matrice. Indications et contre-indications opératoires. (*Assoc. Franç. de Chirurgie*, Paris, 1893, VII, 13-16).
23. KOTLIAREWSKY (*). — Métrorrhagies d'origine réflexe et congestive. (*Thèse de Paris*, 1907-1908).
24. LABBÉ. — Métrorrhagies et corps fibreux de l'utérus. (*An. de clin. chirurg.*, Paris, 1876, 413-472).
25. LEDENTU et DELBET (*). — Gynécologie.
26. LÉVI (*). — Etude sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albuminurique et à l'urémie. (*Thèse de Paris*, 1864).
27. MASSELOT (*). — Comment il faut surveiller un fibrome utérin. (*Gynécologie*, Paris, 1913).
28. MÉNARD. — Action des Rayons X sur les fibromes. — *Compte rendu Ac. des Sc.*, Paris, 1919.
29. MÉTIVET. — Essai sur l'évolution de la chirurgie. *Sem des Hôp.*, 1927.
30. MONOD. — Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées (*Société de Gyn.*, Bordeaux, 1892).
31. PAILLARD. — Hypertension artérielle consécutive à la castration chez la femme (*J. Méd. Fr.*, 1921-1925).
32. PANNIMSKI. — T. A. de la ménopause. (*Ac. Méd.*, 1904).
33. PAULIOT. — (*Journ. de Méd. de Paris*, 1912).

34. PIÉGU (*). — Tumeur fibreuse développée dans la paroi de l'utérus coïncidant avec l'épilepsie, l'apoplexie. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1843, XVIII, 270-279).
35. PINESS (*). — (*Thèse de Paris*, 1914).
36. POUPKO (*). — Etiologie et Pathogénie des fibromes. (*Thèse de Paris*, 1913).
37. POZZI. — Valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie. (*Ann. de Gynéc. Paris*, 1884, XXII, 1-16).
38. PRUCHE. — Traitement de l'hypertension artérielle. (*La Clinique*; fév. 1924).
39. PUGLIÈSE. — Deux mots sur les corps fibreux de l'utérus. (*Lyon Méd.*, 1873, XXIII, 481-485).
40. RICHELLOT et BAROZZI. — Congestion et sclérose de l'utérus. (*La Gynécologie*, 1900, n° 1).
41. DE ROUVILLE. — Valeur actuelle de la castration ovarienne dans les hémorrhagies des fibromyomes. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1914).
42. ROUSSEAU. — Simple note sur le régime à la suite des hémorrhagies utérines. (*Rev. de Thérap. Méd. Chir.*, Paris, 1879, XLVI, 68).
43. SALZMAN. — Hypothyroidism, a factor in certain types of uterine hemorrhage. (*Am. J. Ob.*, N.-Y., 1916).
44. SICARD (*). — Artério-sclérose métrorrhagique. (*Thèse de Paris*, 1908-1909).

45. STERNE. — Fibromes utérins et crises angineuses. *Soc. Méd de Nancy*, 1905-1906.
46. TAYLOR et WITHE. — T. A. dans les fibromyomes utérins. (*Surg. Gyn. and Obst.*, fév. 1916).
47. TEALLIER. — Observation sur une tumeur intra-utérine et discussion sur le traitement de ces tumeurs. (*Tr. méd.*, Paris, 1830, ii, 5-12).
48. TUFFIER et MAUTÉ. — Les accidents de la ménopause artificielle. (*Presse Médic.*, 1912).
49. VAQUEZ et LECONTE (*). — Ménopause et hypertension. (*Journ. de Méd. de Paris*, 1925).
50. VERNEUIL. — La chirurgie conservatrice dans les cas de fibromes utérins. (*Bull. méd.*, Paris, 1893, VII, 329).
51. VIGNES. — L'hypertension de la ménopause.
52. WALLICH (*). — Hypertension et certaines hémorrhagies de la grossesse. (*Ac. de Méd.*, 1912).
53. Ycard (*). — Etiologie des fibromyomes utérins. (*Thèse de Paris*, 1905).
54. ZÉNOPE. — L'hypertension artérielle par insuffisance des glandes génitales. (*Rev. fr. de Gyn. et d'Obst.* 1922).

Les ouvrages désignés par une astérisque ont seuls été consultés.

Imprimerie « Les Presses Modernes », 43, rue de Maubeuge, Paris
Ateliers à Troyes (Aube) et à Bar-le-Duc (Meuse)
